

□年 □月分 訪問看護療養費 送り状 (国保連合会宛)

訪問看護ステーション  
の所在地及び名称  
指定訪問看護事業者氏名

レセ 区分	0	2	3
採択	⑥		
B・H			

府 県                      ステーションコード

--	--	--

後期高齢者医療

区 法	制	番	分 号	請 求		負担金額	増 減 点		返 戻		修正 区分
				件 数	金 額		増	減	件数	金額	
39	9	後期高齢者9割									
		7	後期高齢者7割								

公費負担医療

0										
0										
0										
0										
0										
0										
0										

- 注意
- 1、 公費負担医療は後期高齢者欄の再掲です。
  - 2、 公費は、公費負担医療欄に記入してください。